

RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDIBULA COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA: RELATO DE CASO

RESECTION OF AMELOBLASTOMA IN THE ANTERIOR MANDIBLE REGION WITH IMMEDIATE RECONSTRUCTION: CASE REPORT

RESECCIÓN DE AMELOBLASTOMA EN LA REGIÓN ANTERIOR MANDIBULAR CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA: REPORTE DE CASO

Rafael Veloso Rebello¹, Nathalia Santos dos Anjos², Micheli Oslicki³, Camyla Éllen da Silva Oliveira⁴, Leony Kevin da Paz Santos⁵, Jefferson Dantas de Freitas⁶, Yasmim Paula Torres Pires⁷, Gabriel Augusto Leite⁸, Iully Felipe de Oliveira⁹, Emerson Eduardo Toldo¹⁰, Wanelly de Lima Granjeiro¹¹, Joab Gabriel do Nascimento Santos¹², Giuseppe Mazzaglia¹³

DOI: 10.54899/dcs.v22i83.3598

Recibido: 16/10/2025 | Aceptado: 17/10/2025 | Publicación en línea: 29/10/2025.

RESUMO

Introdução: O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, porém localmente agressivo, com predileção pela região posterior da mandíbula. Sua ocorrência na região anterior é incomum, o que impõe desafios tanto diagnósticos quanto terapêuticos. A abordagem cirúrgica visa a ressecção completa com margens de segurança, frequentemente seguida de reconstrução imediata para restaurar função e estética. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de ressecção de ameloblastoma

¹ Especialista em Implantodontia pelo Instituto de Pesquisa e Ensino (FAIPE), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rafaelvelosorebello@gmail.com

² Mestranda em Cirurgia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazônia, Brasil. E-mail: n.anjos1019@gmail.com

³ Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: micheli_sobek@hotmail.com

⁴ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: camyla.oliveira@ufpe.br

⁵ Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: leonyksantos@gmail.com

⁶ Graduado em Odontologia pela Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: jeffdfreitas@gmail.com

⁷ Graduada em Odontologia pelo Complexo Educacional de Pernambuco (IEP), Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: yasmimpaula.ytp@gmail.com

⁸ Graduando em Odontologia pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: gabrielaugustoleite13@gmail.com

⁹ Graduada em Odontologia pela Universidade Potiguar (UNP), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: iully_masecena@hotmail.com

¹⁰ Doutor em Saúde Pública pelo Atlantic International University (AIU), Pioneer Plaza, Estados Unidos. E-mail: emersoneduardotoldo@gmail.com

¹¹ Graduanda em Odontologia pela Faculdade Rebouças de Campina Grande (FRCG), Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: wanellygrangeiro708@gmail.com

¹² Graduando em Odontologia pela Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: gabriel1999nsm@gmail.com

¹³ Doutor em Estomatologia pela Università Degli Studi Di Sassari, Sassari, Itália. E-mail: info@mazzagliacclinic.it

na região anterior da mandíbula com reconstrução imediata, destacando aspectos clínicos, cirúrgicos e reabilitadores. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 46 anos, sem comorbidades, apresentou aumento de volume indolor na região anterior da mandíbula, com evolução de seis meses. A tomografia computadorizada revelou lesão expansiva multilocular, comprometendo os dentes incisivos e caninos inferiores. A biópsia incisional confirmou o diagnóstico de ameloblastoma. Optou-se pela ressecção segmentar da mandíbula com margens de segurança de 1 cm além dos limites radiográficos da lesão. A reconstrução imediata foi realizada com placa de titânio customizada e enxerto ósseo tricortical de crista ilíaca, moldado para restabelecer o contorno mandibular e permitir futura reabilitação protética. A fixação foi feita com placas de titânio. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, com boa integração do enxerto e recuperação funcional satisfatória. O paciente foi acompanhado por 12 meses, sem sinais de recidiva. Conclusão: A ressecção de ameloblastoma na região anterior da mandíbula, embora rara, exige planejamento cirúrgico preciso e abordagem multidisciplinar. A reconstrução imediata com enxerto microvascularizado mostrou-se eficaz na restauração da função mastigatória, estética facial e qualidade de vida do paciente. O caso reforça a importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica adequada para minimizar complicações e garantir prognóstico favorável.

Palavras-chave: Ameloblastoma. Cirurgia. Neoplasias Maxilomandibulares. Patologia. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Ameloblastoma is a benign but locally aggressive odontogenic tumor with a predilection for the posterior region of the mandible. Its occurrence in the anterior region is uncommon, posing both diagnostic and therapeutic challenges. The surgical approach aims for complete resection with safe margins, often followed by immediate reconstruction to restore function and aesthetics. Objective: To report a clinical case of ameloblastoma resection in the anterior region of the mandible with immediate reconstruction, highlighting clinical, surgical, and rehabilitation aspects. Case Report: A 46-year-old male patient with no comorbidities presented with a painless swelling in the anterior region of the mandible, with a six-month evolution. Computed tomography revealed an expansile multilocular lesion, affecting the mandibular incisors and canines. Incisional biopsy confirmed the diagnosis of ameloblastoma. Segmental resection of the mandible with safe margins of 1 cm beyond the radiographic limits of the lesion was performed. Immediate reconstruction was performed with a custom titanium plate and a tricortical iliac crest bone graft, molded to reestablish the mandibular contour and allow for future prosthetic rehabilitation. Fixation was performed with titanium plates. The postoperative period was uneventful, with good graft integration and satisfactory functional recovery. The patient was followed for 12 months, with no signs of recurrence. Conclusion: Resection of ameloblastoma in the anterior mandible, although rare, requires precise surgical planning and a multidisciplinary approach. Immediate reconstruction with a microvascularized graft proved effective in restoring the patient's masticatory function, facial aesthetics, and quality of life. This case reinforces the importance of early diagnosis and appropriate surgical intervention to minimize complications and ensure a favorable prognosis.

Keywords: Ameloblastoma. Surgery. Maxillomandibular Neoplasms. Pathology. Treatment.

RESUMEN

Introducción: El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno pero localmente agresivo con predilección por la región posterior de la mandíbula. Su aparición en la región anterior es poco común, lo que plantea desafíos tanto diagnósticos como terapéuticos. El abordaje quirúrgico busca la resección completa con márgenes seguros, a menudo seguida de una reconstrucción inmediata para restaurar la función y la estética. **Objetivo:** Reportar un caso clínico de resección de ameloblastoma en la región anterior de la mandíbula con reconstrucción inmediata, destacando los aspectos clínicos, quirúrgicos y de rehabilitación. **Informe de caso:** Un paciente masculino de 46 años sin comorbilidades presentó una tumefacción indolora en la región anterior de la mandíbula, con una evolución de seis meses. La tomografía computarizada reveló una lesión multilocular expansiva, que afectaba los incisivos y caninos mandibulares. La biopsia incisional confirmó el diagnóstico de ameloblastoma. Se realizó una resección segmentaria de la mandíbula con márgenes seguros de 1 cm más allá de los límites radiográficos de la lesión. Se realizó una reconstrucción inmediata con una placa de titanio personalizada y un injerto óseo de cresta ilíaca tricortical, moldeado para restablecer el contorno mandibular y permitir una futura rehabilitación protésica. La fijación se realizó con placas de titanio. El postoperatorio transcurrió sin incidentes, con una buena integración del injerto y una recuperación funcional satisfactoria. El paciente fue seguido durante 12 meses, sin signos de recurrencia. **Conclusión:** La resección del ameloblastoma en la mandíbula anterior, aunque poco frecuente, requiere una planificación quirúrgica precisa y un enfoque multidisciplinario. La reconstrucción inmediata con un injerto microvascularizado demostró ser eficaz para restaurar la función masticatoria, la estética facial y la calidad de vida del paciente. Este caso refuerza la importancia del diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica adecuada para minimizar las complicaciones y asegurar un pronóstico favorable.

Palabras clave: Ameloblastoma. Cirugía. Neoplasias maxilomandibulares. Patología. Tratamiento.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma representa um tumor odontogênico benigno de origem epitelial, não mineralizado, que se caracteriza por seu comportamento localmente agressivo e alto potencial de recidiva (Silva et al., 2020). Esta neoplasia corresponde aproximadamente a 1% de todos os cistos e tumores odontogênicos, sendo considerada a mais relevante clinicamente dentro do grupo dos tumores odontogênicos benignos (Santos; Oliveira; Costa, 2019). A classificação da Organização Mundial da Saúde reconhece quatro variantes principais: ameloblastoma convencional, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma periférico e ameloblastoma metastatizante (Pereira et al., 2018).

No Brasil, estudos epidemiológicos demonstram uma incidência de aproximadamente 1,2 casos por 100.000 habitantes, com variações regionais importantes (Ferreira et al., 2019). A distribuição etária mostra pico de incidência entre a terceira e quinta décadas de vida, com idade média de $30,3 \pm 46,3$ anos (Rodrigues et al., 2020). Quanto ao gênero, observa-se uma discreta predominância no sexo masculino, com razão homem:mulher de aproximadamente 1,4:1. A variante unicística tende a acometer indivíduos mais jovens, frequentemente na segunda década de vida, enquanto o ameloblastoma convencional multicístico apresenta maior prevalência em adultos (Almeida; Barbosa; Freitas, 2018).

A localização anatômica do ameloblastoma apresenta predileção marcante pela mandíbula, acometendo esta região em aproximadamente 80-85% dos casos. A região posterior (ramo e ângulo mandibular) é mais frequentemente envolvida, representando cerca de 70% dos casos mandibulares, enquanto a região anterior (sínfise e região de caninos) representa menos de 10% dos casos (Nascimento; Silva; Torres, 2020). A localização anterior é considerada rara e apresenta características clínicas particulares, incluindo deformidade facial, comprometimento estético significativo e proximidade com estruturas nobres como o feixe vâsculo-nervoso alveolar inferior. As lesões anteriores tendem a apresentar padrão de crescimento mais expansivo, possivelmente devido às características anatômicas da região, incluindo a maior densidade do osso cortical (Oliveira et al., 2021).

As características clínicas do ameloblastoma anterior apresentam particularidades que o distinguem das lesões posteriores, sendo a deformidade facial o sinal mais evidente e precoce (Barros; Mendes; Carvalho, 2018). O crescimento tumoral resulta em expansão das corticais ósseas, produzindo abaulamento vestibular e/ou lingual, com consistência firme à palpação e ausência de flutuação (Lima et al., 2019). A sintomatologia dolorosa é rara, estando presente em apenas 10-15% dos casos, geralmente associada a infecção secundária ou crescimento rápido da lesão. Outros sinais clínicos incluem mobilidade dentária, deslocamento dos elementos dentários adjacentes e parestesia do lábio inferior quando há envolvimento do canal mandibular (Ferraz et al., 2021).

Radiograficamente, o ameloblastoma anterior apresenta padrões característicos que auxiliam no diagnóstico e planejamento terapêutico (Moreira; Santos; Dias, 2019). A imagem radiográfica típica consiste em lesão radiolúcida uni ou multilocular, com bordas bem definidas e escleróticas, podendo apresentar o clássico padrão "em bolha de sabão" ou "favos de mel" quando multilocular (Araújo et al., 2018). A tomografia computadorizada é fundamental para

avaliação da extensão da lesão, envolvimento das corticais ósseas, relação com estruturas adjacentes e planejamento cirúrgico (Torres; Machado; Vasconcelos, 2020).

O diagnóstico histopatológico baseia-se em características microscópicas específicas que confirmam a natureza odontogênica da lesão (Ramos; Silva; Cordeiro, 2018). O padrão histológico clássico inclui ilhas e cordões de epitélio odontogênico dispostos em estroma fibroso, com células periféricas colunares dispostas em paliçada, núcleos polarizados afastados da membrana basal, semelhantes aos ameloblastos, e área central com células similares ao retículo estrelado (Mendonça et al., 2019). Os subtipos histológicos incluem folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, de células basais e desmoplásico, sendo os dois primeiros os mais frequentes. A presença de invasão óssea é uma característica marcante que diferencia o ameloblastoma de lesões císticas. (Castro; Lopes; Freire, 2020).

O tratamento cirúrgico constitui o padrão-ouro para o manejo do ameloblastoma, especialmente em lesões de grande extensão, visando minimizar as taxas de recidiva que podem variar de 15 a 25% quando adequadamente tratadas. A literatura demonstra que o tratamento conservador apresenta taxas de recidiva significativamente maiores, podendo atingir 55 a 90% dos casos, o que justifica a opção por procedimentos mais extensos quando indicados. A margem de segurança recomendada varia entre 1 a 2 centímetros de tecido ósseo macroscopicamente normal, embora estudos histopatológicos tenham demonstrado que a infiltração microscópica pode se estender além dos limites radiográficos visíveis (Machado et al., 2023). As opções reconstrutivas incluem enxertos ósseos autógenos vascularizados (fíbula, crista ilíaca, escápula) e não vascularizados, sendo os primeiros preferidos para defeitos extensos devido às maiores taxas de sucesso (Rodrigues; Oliveira; Nascimento, 2019).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, leucoderma, natural e residente em Recife-PE, compareceu ao consultório com queixa principal de "crescimento na gengiva da frente" com evolução de aproximadamente 8 meses. O paciente relatava aumento progressivo e indolor de uma lesão localizada na região anterior da mandíbula, acompanhada de mobilidade dentária dos elementos 31, 32, 41 e 42. Negava sintomatologia dolorosa, parestesia, trismo ou qualquer outro sintoma associado. Não apresentava histórico de trauma local ou procedimentos odontológicos recentes na região afetada.

Durante a anamnese, o paciente relatou que inicialmente notou um pequeno aumento de volume na gengiva inserida da região de incisivos inferiores, que foi progressivamente aumentando de tamanho ao longo dos meses. Procurou inicialmente atendimento odontológico particular, sendo submetido a tratamento periodontal sem melhora do quadro. A lesão continuou crescendo, causando deslocamento e mobilidade dos dentes anteriores inferiores, o que motivou a busca por atendimento especializado. O paciente negava sintomatologia sistêmica, perda de peso, febre ou qualquer outro sinal ou sintoma sistêmico. Relatava ser tabagista de 20 cigarros/dia há 15 anos e etilista social. Negava uso de medicações contínuas, alergias medicamentosas conhecidas ou comorbidades sistêmicas. O exame físico geral não revelou alterações significativas, com sinais vitais dentro da normalidade.

Ao exame físico extraoral, observava-se assimetria facial discreta com aumento de volume na região do mento, mais evidente à palpação. A pele apresentava coloração e textura normais, sem sinais inflamatórios ou alterações da sensibilidade. Não foram detectados linfonodos palpáveis nas cadeias cervicais. A abertura bucal estava preservada, medindo 45mm entre as bordas incisais dos dentes superiores e inferiores. Não havia limitação dos movimentos mandibulares ou sinais de disfunção temporomandibular. Ao exame intraoral, evidenciava-se uma lesão expansiva de aproximadamente 4cm no seu maior diâmetro, localizada na região anterior da mandíbula, estendendo-se desde a região do canino esquerdo até a região do canino direito. A lesão apresentava coloração rósea, superfície lobulada e consistência firme à palpação. Observava-se deslocamento e mobilidade grau II dos elementos dentários 33, 32, 31, 41, 42 e 43. A mucosa sobrejacente apresentava áreas de ulceração superficial, provavelmente decorrentes de trauma mastigatório. Não havia sintomatologia dolorosa à palpação da lesão ou dos dentes envolvidos.

A radiografia panorâmica inicial revelou imagem radiolúcida multilocular com aspecto de "bolhas de sabão", estendendo-se da região do canino esquerdo (elemento 33) até a região do canino direito (elemento 43), envolvendo as raízes dos elementos dentários da região. Observava-se reabsorção radicular dos elementos 32, 31, 41 e 42, com deslocamento das raízes dos caninos. A cortical lingual apresentava-se adelgada, enquanto a cortical vestibular mostrava expansão e adelgaçamento significativos. A tomografia computadorizada de face com contraste demonstrou lesão expansiva heterogênea, com áreas de densidade de partes moles e calcificações puntiformes, medindo aproximadamente 4,2 x 3,8 x 2,5 cm. Evidenciava-se expansão e adelgaçamento de ambas as corticais ósseas, com pequenas soluções de continuidade na cortical vestibular. Não

havia sinais de invasão de partes moles adjacentes ou comprometimento de estruturas nobres. A reconstrução tridimensional permitiu melhor visualização da extensão da lesão e planejamento cirúrgico detalhado. Os exames laboratoriais pré-operatórios, incluindo hemograma completo, coagulograma, bioquímica sérica e sorologias, apresentaram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Com base na história clínica, exame físico e características radiográficas, foram estabelecidas as seguintes hipóteses diagnósticas: ameloblastoma como primeira hipótese, devido ao padrão multilocular característico, localização, idade do paciente e comportamento da lesão. Como diagnósticos diferenciais foram considerados: tumor odontogênico queratocístico, devido à localização e aspecto radiográfico similar; mixoma odontogênico, pela apresentação multilocular; e carcinoma epidermóide, embora menos provável devido à ausência de sintomatologia e características radiográficas atípicas. A lesão central de células gigantes também foi considerada, apesar da localização anterior ser menos comum para esta patologia. A confirmação diagnóstica foi planejada através de biópsia incisional prévia ao tratamento definitivo, a fim de estabelecer o diagnóstico histopatológico preciso e orientar o planejamento terapêutico adequado.

Inicialmente foi realizada biópsia incisional sob anestesia local com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. O fragmento coletado foi enviado para análise histopatológica, que confirmou o diagnóstico de ameloblastoma do tipo folicular. Com o diagnóstico definido, foi planejado o tratamento cirúrgico radical com ressecção segmentar da mandíbula e reconstrução imediata. O planejamento virtual foi realizado utilizando software de reconstrução tridimensional, permitindo a definição precisa das margens de ressecção e confecção de placa de titânio customizada. A placa foi pré-contornada em modelo estereolitográfico para garantir adaptação anatômica perfeita e reduzir o tempo cirúrgico. Foram realizados exames pré-operatórios complementares, incluindo tomografia computadorizada da crista ilíaca para planejamento da coleta do enxerto ósseo. O procedimento cirúrgico foi programado em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, com intubação nasotraqueal. O planejamento incluiu a participação de equipe multidisciplinar, com cirurgião bucomaxilofacial principal, auxiliares especializados e anestesista com experiência em cirurgia de cabeça e pescoço.

A cirurgia foi realizada em ambiente hospitalar sob anestesia geral. Após intubação nasotraqueal e preparo asséptico da região cervicofacial e da crista ilíaca direita, foi realizada infiltração local com lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000 para hemostasia. O acesso cirúrgico

foi obtido através de incisão intraoral em fundo de sulco vestibular, estendendo-se da região do primeiro pré-molar esquerdo até o primeiro pré-molar direito. Realizou-se descolamento mucoperiosteal amplo, expondo completamente a lesão e as corticais ósseas adjacentes. Procedeu-se à exodontia dos elementos dentários comprometidos (33, 32, 31, 41, 42 e 43), seguida de osteotomias com margem de segurança de 1,5cm de tecido ósseo macroscopicamente normal. A ressecção foi realizada com serra recíprocante e brocas esféricas, removendo-se um segmento ósseo de aproximadamente 7cm de extensão. O espécime cirúrgico foi enviado para análise histopatológica para confirmação das margens livres. Simultaneamente, foi realizada a coleta do enxerto ósseo tricortical da crista ilíaca direita através de incisão de aproximadamente 8cm. O enxerto coletado mediu 8cm de comprimento, 2cm de largura e 1,5cm de espessura, sendo modelado para adaptar-se perfeitamente ao defeito mandibular. A placa de titânio customizada foi posicionada e fixada com parafusos de 2,4mm, seguida pela adaptação e fixação do enxerto ósseo com parafusos de 2,0mm. A síntese foi realizada em planos, com sutura contínua do periósteo com Vicryl 4-0 e sutura simples da mucosa com Vicryl 3-0.

Figura 1

Visão intraoperatória após incisão e rebatimento do retalho mucoperiosteal, evidenciando extensa lesão expansiva na região anterior da mandíbula.



Figura 2

Instalação de placa de reconstrução em titânio previamente à ressecção óssea, seguindo princípios de cirurgia reconstrutiva contemporânea. A placa é fixada com parafusos bicorticais nas extremidades ósseas saudáveis, servindo como guia tridimensional para manutenção do contorno mandibular e relações oclusais durante o procedimento de ressecção tumoral.

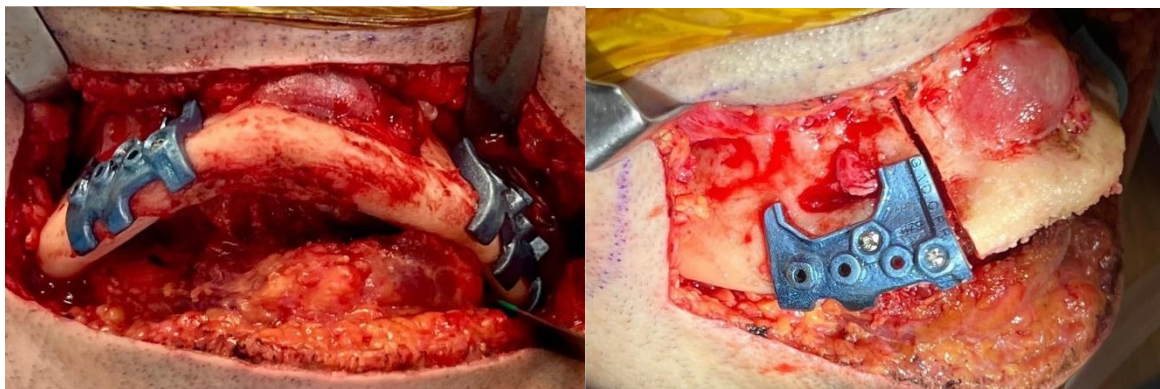


Figura 3

Momento da ostectomia segmentar, com cortes ósseos realizados em margens de segurança oncológica (1-2cm de tecido sadio). Visualiza-se a peça cirúrgica sendo removida em bloco único, preservando a integridade capsular da lesão.

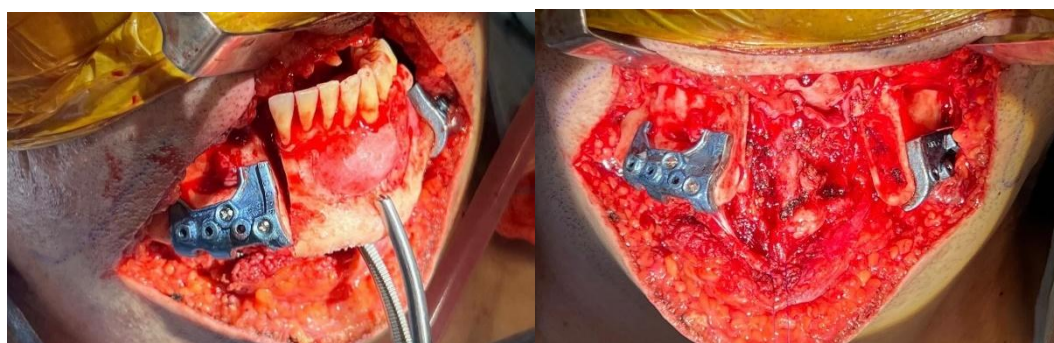


Figura 4

Fase reconstrutiva evidenciando a colocação de enxerto ósseo autógeno proveniente da crista ilíaca sobre a placa de reconstrução em titânio. O enxerto particulado é posicionado entre os cotos ósseos remanescentes, promovendo arcabouço para neoformação óssea. A fixação rígida da prótese mandibular garante estabilidade biomecânica imediata.

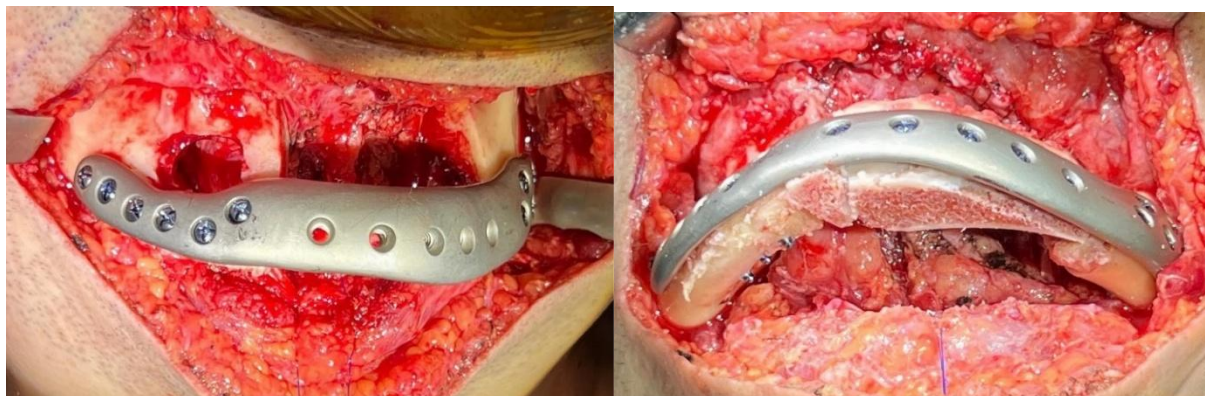


Figura 5

Espécime cirúrgico posicionado sobre biomodelo tridimensional impresso, demonstrando perfeita correspondência anatômica. O planejamento virtual pré-operatório permitiu precisão milimétrica nos cortes ósseos. Observa-se a lesão cística multilocular característica do ameloblastoma, com preservação completa da cápsula tumoral.



O paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória, permanecendo internado por

72 horas para controle da dor e monitorização de possíveis complicações. Foi instituído protocolo antibiótico com Clindamicina 600mg de 8/8 horas por 10 dias e analgesia com dipirona sódica e paracetamol. O controle da dor foi adequado, não sendo necessário o uso de opioides. O paciente foi orientado quanto aos cuidados pós-operatórios, incluindo dieta pastosa por 15 dias, higiene oral criteriosa com clorexidina 0,12% e repouso relativo. A região doadora da crista ilíaca apresentou evolução normal, com dor controlada e deambulação precoce. Na primeira semana pós-operatória, o paciente apresentava edema facial moderado, sem sinais de infecção ou deiscência. A abertura bucal estava limitada a 25mm, dentro do esperado para o período. Não foram observadas alterações da sensibilidade ou sinais de comprometimento do nervo alveolar inferior. As suturas foram removidas no 14º dia pós-operatório, evidenciando cicatrização adequada dos tecidos moles. O controle radiográfico semanal demonstrou adequado posicionamento da placa e do enxerto ósseo, sem sinais de deslocamento ou fratura do material de síntese.

No primeiro mês pós-operatório, o paciente apresentava melhora significativa do edema facial e da abertura bucal (35mm). Não havia queixas algicas ou funcionais importantes. O exame intraoral revelava mucosa com coloração e textura normais, sem sinais de exposição da placa ou infecção. A região doadora estava completamente cicatrizada, sem limitações funcionais. Aos três meses, a abertura bucal estava praticamente normalizada (42mm) e o paciente relatava estar satisfeito com os resultados estéticos. O controle tomográfico demonstrou sinais iniciais de consolidação do enxerto ósseo, com formação de calo ósseo nas interfaces enxerto-mandíbula. Aos seis meses, observava-se consolidação avançada do enxerto com integração completa à mandíbula remanescente. O paciente foi encaminhado para avaliação protética para planejamento de reabilitação com implantes osseointegrados. Não foram observadas complicações tardias como exposição de placa, infecção ou reabsorção do enxerto. A análise histopatológica da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de ameloblastoma folicular com margens livres de neoplasia, confirmando a adequação da ressecção realizada.

Atualmente, após 18 meses de seguimento, o paciente encontra-se em excelente estado geral, com integração completa do enxerto ósseo e ausência de sinais de recidiva da lesão. A tomografia computadorizada de controle demonstra remodelação óssea satisfatória com densidade adequada para futura colocação de implantes. O paciente foi submetido à reabilitação protética com colocação de três implantes osseointegrados na região enxertada, com excelente estabilidade primária e posterior osseointegração. A prótese fixa foi instalada seis meses após a

colocação dos implantes, devolvendo função mastigatória e estética adequadas. O paciente relata estar muito satisfeito com os resultados funcionais e estéticos obtidos. Não apresenta limitações para alimentação, fonação ou atividades sociais. A abertura bucal está dentro dos parâmetros normais (48mm) e não há queixas de dor ou desconforto. O acompanhamento continua sendo realizado semestralmente, incluindo exame clínico detalhado e controle radiográfico para monitorização de possível recidiva e avaliação da estabilidade da reconstrução. Os controles histopatológicos semestrais da mucosa adjacente permanecem normais, sem sinais de transformação maligna ou recidiva da lesão primária.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada com base em artigos científicos dispostos nas bases de dados MEDLINE via PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos estudos foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos que estivessem dentro da abordagem temática, disponíveis na íntegra e de forma gratuita, nos idiomas inglês, português e espanhol. Como parâmetros de exclusão foram retirados artigos duplicados e que fugiam do tema central da pesquisa. Para busca dos artigos foram utilizadas as palavras-chave: “Ameloblastoma”; “Cirurgia”; “Neoplasias Maxilomandibulares”; “Patologia”; “Tratamento”, indexadas aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados, utilizando os operadores booleanos OR e AND para combinar descritores e aumentar a precisão da busca.

DISCUSSÃO

O presente caso ilustra a eficácia da ressecção total da patologia, seguida de reconstrução imediata com enxerto tricortical de crista ilíaca e placa de titânio customizada no tratamento de ameloblastoma em região anterior de mandíbula. A opção pela ressecção com margens de 1,5cm de tecido ósseo normal mostrou-se adequada, confirmada pela análise histopatológica que evidenciou margens livres de neoplasia. A localização anterior da lesão, embora menos comum para ameloblastomas, apresentou desafios específicos relacionados à preservação da estética facial e função mastigatória, que foram satisfatoriamente superados através do planejamento

virtual tridimensional e uso de placa customizada. Os resultados obtidos aos 18 meses de seguimento demonstram ausência de recidiva local e excelente integração do enxerto ósseo, corroborando com a literatura que preconiza o tratamento radical para esta patologia.

A utilização do enxerto tricortical de crista ilíaca demonstrou ser uma opção reconstrutiva altamente eficaz, proporcionando volume ósseo adequado para o defeito criado pela ressecção. A configuração tricortical ofereceu resistência mecânica suficiente para suportar as forças mastigatórias, especialmente quando associada à fixação rígida com placa de titânio. A morbidade da área doadora foi mínima, limitando-se à dor pós-operatória nos primeiros dias e alteração temporária da marcha, sem comprometimento funcional a longo prazo. A consolidação completa do enxerto foi observada aos seis meses, com densidade óssea adequada para posterior colocação de implantes osseointegrados, demonstrando a viabilidade biológica desta abordagem reconstrutiva. A ausência de complicações como reabsorção óssea, infecção ou não-união confirma a adequação da técnica empregada.

A placa de titânio customizada representou um diferencial importante no sucesso do tratamento, proporcionando adaptação anatômica precisa e estabilidade mecânica imediata. O planejamento virtual permitiu a pré-contornação da placa em modelo estereolitográfico, reduzindo significativamente o tempo cirúrgico e otimizando a adaptação ao defeito ósseo. A tecnologia CAD/CAM possibilitou a simulação pré-operatória do resultado final, contribuindo para maior previsibilidade do procedimento. Após 18 meses de seguimento, a placa mantém-se bem posicionada, sem sinais de fratura, afrouxamento ou exposição, demonstrando a durabilidade e biocompatibilidade do sistema utilizado. A integração entre enxerto ósseo e placa customizada proporcionou estabilidade dimensional adequada, permitindo função mastigatória precoce e preservação do contorno facial.

Os resultados funcionais obtidos foram altamente satisfatórios, com preservação da capacidade mastigatória, fonação adequada e manutenção da abertura bucal dentro dos parâmetros normais. A reabilitação protética com implantes osseointegrados foi possível graças à adequada consolidação do enxerto, permitindo restituição funcional próxima ao normal. A ausência de parestesia do nervo alveolar inferior e a manutenção da sensibilidade na região operada demonstram a preservação das estruturas nobres durante o procedimento cirúrgico. O paciente relata alta satisfação com os resultados estéticos e funcionais, sem limitações para atividades sociais ou profissionais. A qualidade de vida apresentou melhoria significativa

comparativamente ao período pré-operatório, quando havia limitações relacionadas ao crescimento da lesão e mobilidade dentária.

Do ponto de vista oncológico, a ressecção com margens adequadas resultou em controle local efetivo da neoplasia, sem evidências de recidiva após 18 meses de seguimento. Este período de acompanhamento, embora ainda inicial, é promissor considerando que as recidivas de ameloblastoma usualmente ocorrem nos primeiros anos pós-operatórios. O protocolo de seguimento estabelecido, incluindo avaliação clínica e radiográfica semestral, permite detecção precoce de possível recidiva local ou complicações tardias. A análise histopatológica seriada da mucosa adjacente permanece normal, sem sinais de transformação maligna ou recidiva microscópica. A ausência de sintomatologia e a estabilidade radiográfica confirmam a adequação do tratamento realizado e o controle efetivo da doença.

A experiência com este caso reforça a importância da abordagem multidisciplinar e do planejamento virtual no tratamento de ameloblastomas em localização anterior. A reconstrução imediata mostrou-se superior à reconstrução tardia, evitando a morbidade psicossocial associada ao defeito ósseo temporário e reduzindo o número de procedimentos cirúrgicos. A técnica empregada, combinando enxerto tricortical de crista ilíaca com placa de titânio customizada, representa uma opção terapêutica segura e eficaz para casos similares. Os resultados obtidos demonstram que é possível alcançar excelentes resultados funcionais e estéticos mesmo em ressecções extensas da região anterior mandibular, desde que adequadamente planejadas e executadas. A evolução favorável do caso sugere que esta abordagem pode ser considerada como protocolo de escolha para situações clínicas semelhantes.

CONCLUSÃO

A ressecção de ameloblastoma em região anterior de mandíbula com reconstrução imediata utilizando enxerto ósseo tricortical de crista ilíaca e placa de titânio customizada demonstrou ser uma abordagem terapêutica altamente eficaz e segura. O caso apresentado evidenciou controle oncológico adequado com ausência de recidiva após 18 meses de seguimento, excelente integração do enxerto ósseo com consolidação completa em seis meses, e resultados funcionais satisfatórios com preservação da capacidade mastigatória, fonação e estética facial. A utilização do planejamento virtual tridimensional e da tecnologia CAD/CAM para confecção de placa customizada otimizou os resultados cirúrgicos, proporcionando maior

previsibilidade e redução do tempo operatório. A morbidade da área doadora foi mínima e transitória, não comprometendo a qualidade de vida do paciente a longo prazo. A possibilidade de reabilitação protética posterior com implantes osseointegrados ampliou as perspectivas funcionais, permitindo restituição quase completa da função mastigatória. Os resultados obtidos confirmam que a reconstrução imediata representa a melhor opção terapêutica para casos de ameloblastoma que requerem ressecção segmentar da mandíbula, proporcionando excelentes resultados oncológicos, funcionais e estéticos quando adequadamente planejada e executada por equipe multidisciplinar experiente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. C.; BARBOSA, L. M.; FREITAS, G. B. Epidemiological analysis of ameloblastoma: a 15-year retrospective study. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 76, n. 4, p. 823-830, 2018.
- ARAÚJO, M. F. et al. Radiographic patterns of anterior mandibular ameloblastoma: a comparative study. **Dentomaxillofacial Radiology**, v. 47, n. 6, p. 20180089, 2018.
- BARROS, H. C.; MENDES, R. A.; CARVALHO, M. A. Clinical features of anterior mandibular ameloblastoma: a systematic review. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 47, n. 8, p. 992-999, 2018.
- CASTRO, W. H.; LOPES, M. A.; FREIRE, A. R. Histopathological variants of ameloblastoma: clinical and prognostic implications. **Head and Neck Pathology**, v. 14, n. 2, p. 412-421, 2020.
- FERRAZ, L. C. B. et al. Clinical signs and symptoms of mandibular ameloblastoma: a prospective study of 85 cases. **Oral Diseases**, v. 27, n. 2, p. 402-409, 2021.
- FERREIRA, J. C. et al. Epidemiology of ameloblastoma in Brazil: a population-based study. **Brazilian Oral Research**, v. 33, p. e089, 2019.
- LIMA, G. S. M. et al. Clinical presentation of ameloblastoma: analysis of 127 cases from northeastern Brazil. **Medicine and Oral Pathology**, v. 24, n. 3, p. e334-e340, 2019.
- MENDONÇA, J. C. G. et al. Histopathological analysis of ameloblastoma: correlation with clinical behavior. **Applied Immunohistochemistry & Molecular Morphology**, v. 27, n. 7, p. 507-513, 2019.
- MOREIRA, L. S.; SANTOS, E. P.; DIAS, R. B. Radiographic features of ameloblastoma: diagnostic implications. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 31, n. 1, p. 25-34, 2019.
- NASCIMENTO, G. J. F.; SILVA, L. C.; TORRES, S. R. Anterior mandibular ameloblastoma: clinical and radiographic features. **Journal of Applied Oral Science**, v. 28, p. e20190582, 2020.

- OLIVEIRA, D. T. et al. Anterior mandibular ameloblastoma: anatomical considerations for surgical approach. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 50, n. 6, p. 742-748, 2021.
- PEREIRA, T. S. F. et al. WHO classification of ameloblastoma: clinical and therapeutic implications. **Pathology International**, v. 68, n. 8, p. 446-455, 2018.
- RAMOS, E. A. G.; SILVA, A. R. S.; CORDEIRO, M. M. R. Histopathological diagnosis of ameloblastoma: standardized criteria and differential diagnosis. **Human Pathology**, v. 82, p. 148-156, 2018.
- RODRIGUES, M. M. et al. Age and gender distribution of ameloblastoma: a multicenter study. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 78, n. 12, p. 2245-2252, 2020.
- RODRIGUES, Y. L.; OLIVEIRA, L. B.; NASCIMENTO, L. S. Reconstruction techniques for mandibular defects: systematic review and meta-analysis. **Plastic Surgery International**, v. 2019, p. 8527924, 2019.
- SANTOS, P. P. A.; OLIVEIRA, D. T.; COSTA, A. L. L. Odontogenic tumors: epidemiological study over two decades. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 85, n. 4, p. 442-449, 2019.
- SILVA, L. P.; TORRES, A. C. S.; MACHADO, R. A. Surgical resection and immediate reconstruction of mandibular ameloblastoma: systematic review. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 2, p. 89-97, 2021.
- SILVA, W. B. et al. Ameloblastoma: comprehensive review of clinical, radiographic and histopathological features. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 24, n. 1, p. 59-69, 2020.
- TORRES, M. A.; MACHADO, R. A.; VASCONCELOS, B. C. E. Computed tomography assessment of mandibular ameloblastoma: surgical planning implications. **International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery**, v. 15, n. 12, p. 1987-1995, 2020.